

# 健康診断書

(鹿屋体育大学 教育実習を希望する科目等履修生用)

フリガナ		男・女	現住所	〒
氏 名				
生年月日	年 月 日生			TEL

既往歴				血 圧 (mmHg)					
				脈 拍 (回 / 分)					
自覚症状				尿検査	糖	－	＋	++	+++
					蛋白	－	＋	++	+++
					潜血	－	＋	++	+++
身長 (cm)									
体重 (kg)									
視力	右	( )		医師の診断					
	左	( )							
聴力	右1000Hz 4000Hz	1 所見なし 1 所見なし	2 所見あり 2 所見あり	医師の意見					
	左1000Hz 4000Hz	1 所見なし 1 所見なし	2 所見あり 2 所見あり						
胸部エックス線 検査		直接 / 間接 撮影日 年 月 日		備考					
		フィルム番号 No.							

## 備 考

- 1 太線内は、検査前に本人が記入してください。
- 2 「視力」の欄は、矯正していない場合は( )外に、矯正している場合は( )内に記入してください。
- 3 「医師の診断」の欄は、異常なし、要精密検査、要治療等の医師の診断を記入してください。
- 4 「医師の意見」の欄は、健康診断の結果、異常の所見があると診断された場合に、就学上の措置について、医師の意見を記入してください。

医療機関名：

所 在 地：

年 月 日

医師 氏名：

印